

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Avaliação multidimensional dos seniores numa perspectiva de género

Um estudo exploratório no concelho da Lousã

Sara Alexandra Cortês dos Santos Antunes

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Coimbra, 2014



Avaliação multidimensional dos seniores numa perspectiva de género:
Um estudo exploratório no concelho da Lousã

Sara Alexandra Cortês dos Santos Antunes

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre
em Serviço Social

Orientador(a): Professora Doutora Fernanda Daniel

Coimbra, Outubro de 2014

Resumo

Introdução: O envelhecimento demográfico constitui-se como um fenómeno universal e recente à escala da humanidade. A existência de desigualdades nos cenários ambientais é reportada como responsável pela variabilidade na forma como as populações estão envelhecendo. Concomitantemente reconhece-se que existem diferenças no modo como os homens e as mulheres experienciam o seu processo de envelhecimento.

Objetivos: Com o propósito de oferecer subsídios para o planeamento local de ações sociais, o presente estudo teve por objetivo além de traçar o perfil da população sénior do concelho da Lousã, analisá-lo numa perspetiva de género.

Métodos: Foram inquiridas 300 pessoas idosas com uma média de 72 anos ($DP: \pm 8,511$). Recorremos, para a avaliação desta população a um questionário que inclui nove áreas: formação, recursos sociais, situação económica e profissional, situação habitacional, saúde, atividades da vida diária, equipamentos sociais, participação comunitária e solidão/isolamento/segurança. Acrescentámos a estas áreas as escalas de avaliação da Solidão da UCLA, o GAI, o EQ-5D, as redes sociais de Lubben e a SWLS.

Resultados: Os dados recolhidos permitem concluir que se verificam diferenças estatisticamente significativas em diferentes variáveis, quando as analisamos numa perspetiva generalizada.

Conclusão: Perante estes resultados sugerimos propostas de intervenção para uma cidadania ativa, em rede, junto da população idosa.

Palavras-chave: Envelhecimento, solidão, satisfação com a vida e redes sociais

Abstract

Introduction: The demographic ageing process represents an universal and recent phenomenon on the scale of humanity. The existence of variety in environmental sceneries is considered to be responsible for the variety in how populations are ageing. At the same time it is recognized that there are differences in how men and women experience their ageing process.

Objectives: With the purpose of providing grants to local planning of social actions, the present study aimed at a profile of the senior population in Lousã, and analyse it in a gender perspective.

Methods: 300 elderly were inquired with an average of 72 years (DP: $\pm 8,511$). We used, to evaluate this population, a questionnaire that includes nine areas: training, social resources, economic and professional status, housing conditions, health, daily routine activities, social facilities, community participation. We added to these areas scales assessment of Loneliness from UCLA, the GAI, the EQ-5D, the social networks of Lubben and the SWLS.

Results: The information that was collected allow us to recognize that there are significant differences, in a statistic perspective, in different variables when we analyze them with a more global perspective.

Conclusion: Given these results, we suggest network intervention proposals for an active citizenship, next to the elderly population.

Keywords: Ageing, loneliness, life satisfaction and social networks.

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Recursos Sociais.....	12
Tabela 2 – Situação Económica e Profissional.....	14
Tabela 3 – Situação Habitacional.....	15
Tabela 4 – Saúde.....	16
Tabela 5 – Atividades da Vida Diária.....	18
Tabela 6 – Equipamentos Sociais.....	19
Tabela 7 – Participação Comunitária.....	20
Tabela 8 – Solidão / Isolamento / Segurança.....	21
Tabela 9 – Escalas.....	21

Índice

1.Introdução	1
2.Materiais e Métodos	6
2.1.Procedimentos	7
2.2.Instrumentos	7
2.3.Participantes	11
3. Resultados.....	12
4. Discussão e Conclusão.....	22
5. Referências Bibliográficas.....	27
Apêndice 1	32
1.1.Caracterização da amostra.....	33
Apêndice 2	34
2.1. Questionário Aplicado.....	35

1.Introdução

Envelhecer é um processo que ocorre na vida do indivíduo e depende de diversas condições, sejam elas genéticas, biológicas, sociais, psicológicas, ambientais, económicas, culturais e sociais e que são determinantes para a “forma” de envelhecer. No mundo ocidental a idade cronológica, a cessação da atividade profissional, a dependência e a ausência de projetos de vida, são referenciais que intervêm na atual categorização de velhice.

De facto, as sociedades atuais são cada vez mais envelhecidas, porque os indivíduos vivem mais tempo, o que se deve ao progresso na medicina, à melhoria das condições de trabalho e ao aumento geral do bem-estar. Assiste-se, assim, à diminuição da natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

O peso dos idosos e dos grandes idosos na estrutura populacional tem vindo a aumentar de forma significativa devido, por um lado, à diminuição de nascimentos e, por outro, ao aumento da esperança de vida e da diminuição da mortalidade. De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, a estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada, ou seja, uma diminuição na base da pirâmide e um alargamento no topo, com o aumento da população mais idosa. Verifica-se que a percentagem de jovens (com menos de 15 anos) recuou para 15% enquanto a dos idosos (65 ou mais anos) cresceu para 19%. Os Censos de 2011 mostram que o país conta com mais de 2 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, representando estas cerca de 19% da população total. São as mulheres que predominam entre as pessoas mais velhas e de forma crescente à medida que se avança na idade. Se analisarmos os diferentes recenseamentos podemos observar que a feminização do envelhecimento têm sido uma registo que se mantém.

A estrutura etária da população residente em Portugal, demonstrada nos resultados dos Censos 2011, corroborou a situação evidenciada de que assistimos a um envelhecimento demográfico da população à escala mundial. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens (com menos de 15 anos) existiam 128 idosos (com 65 ou mais anos) e o índice de rejuvenescimento da população ativa era de, aproximadamente, 94 ou seja, por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho, entravam apenas 94. Este indicador agravou-se significativamente na última década, o que relativamente ao índice de sustentabilidade, o número de indivíduos em idade ativa, por cada indivíduo idoso, passou de 4,1 em 2001, para 3,5 em 2011.

O processo de envelhecimento, nas nossas sociedades modernas, caracteriza-se por ser contínuo, irreversível, universal e implica a ocorrência de várias alterações no organismo ao nível biológico, psicológico, social e psicossocial do indivíduo. Assim, envelhecer relaciona-se não só com as alterações biológicas e psicológicas, mas também com as condicionantes sociais existentes, isto é, a forma como a sociedade vivencia e lida com a passagem do tempo.

A idade da reforma e a idade da velhice deixaram de ser coincidentes. No entanto, a reforma surge indissociavelmente anexada à velhice enquanto fase da vida, onde se manifestava incapacidade para o trabalho.

Cerqueira (2010) considera, por um lado, a velhice como uma fase de isolamento e declínio, que determina um afastamento e um processo de dissociação dos indivíduos que perdem o contato físico e social com outros indivíduos e/ou grupos e, por outro, é perspectivada pela autora, como uma fase da vida mais calma e plena. Decorrentes deste conflito de imagens da velhice, surgem vários estudos onde o envelhecimento é analisado a partir de perspetivas diferentes – positiva e negativa. O envelhecimento quando perspectivado sob uma orientação positiva, realça os aspetos positivos de envelhecer, como a experiência e a sabedoria. A perspetiva negativa destaca as perdas de capacidades físicas, mentais e de estatuto social. Há teorias que enfatizam a orientação positiva e outras a orientação negativa, mas ambas têm repercussões “na maneira como a pessoa idosa vai se constituir nesse meio” (Guerra & Caldas, 2010, p. 2932) Estas autoras, citando Aranha (2007) referem que a “possibilidade de envelhecer de maneira bem-sucedida depende, dentre outros fatores, da história de vida e da forma como cada um entende o processo de envelhecimento e a velhice” (Guerra & Caldas, 2010, p.2032). Deste modo:

[A] existência de funcionalidade ou de incapacidade irá assim condicionar positiva ou negativamente a habilidade do indivíduo em tomar decisões e agir de forma autónoma ao longo do seu processo de envelhecimento, independentemente da presença ou ausência de doenças. Ressalve-se também que mesmo existindo incapacidade, a noção de bem-estar e de saúde podem estar presentes (Cerqueira, 2010, p.31).

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva deverá ser acompanhado por oportunidades de saúde, participação e segurança, sendo esta a definição de “envelhecimento ativo” da OMS. Os fatores que podem determinar o envelhecimento ativo são, de acordo com a mesma organização, económicos, sociais, pessoais (biológicos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida), relativos ao ambiente físico, à cultura, aos serviços sociais e de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quando traduz para língua portuguesa a publicação “Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde” da OMS menciona

que a “palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”. (2005, p.13). Na referida publicação é referido que para além dos fatores já identificados, dois transversais: a cultura e o género existem valores universais essenciais que transcendem a cultura, como a ética e os direitos humanos. “A cultura que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo.” (2005, p.20) São estes valores culturais e as tradições que influenciam ou determinam o modo como o processo de envelhecimento é encarado e o próprio idoso pela sociedade. Além deste fator é também sublinhado o papel das mulheres “como responsáveis pelos cuidados com a família (...) forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família (...) já que cuidam dos filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral.” (2005, p.20)

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas, permitindo a igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Baseia-se ainda, nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, o que de acordo com a OCDE (1998), deve ser entendido como a capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Por outro lado, o envelhecimento ativo refere-se ao processo de otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice. (OMS, 2002).

[E]nvelhecer de forma saudável pode contribuir para que as pessoas mais velhas participem mais no mercado de trabalho, se mantenham ativas na sociedade durante mais tempo, melhorem a sua qualidade de vida individual e reduzam a pressão sobre os sistemas de saúde, de ação social e de pensões” (Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro).

A abordagem da União Europeia sobre o envelhecimento ativo tem, pois, colocado o principal enfoque no mercado de trabalho e no prolongamento da vida ativa, em resultado de preocupações de natureza financeira em torno da sustentabilidade da segurança social. O estudo coordenado por Villaverde Cabral (2013) menciona precisamente estas duas dimensões sublinhadas por estas organizações internacionais. Por um lado, as definições que dão mais importância à participação na vida ativa, isto é, à participação em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não só à capacidade de estar fisicamente ativo. Outra dimensão prende-se com a necessidade de prolongar a carreira ativa, atendendo a que os indivíduos vivem mais e usufruem de melhores condições de vida. Na publicação da OPAS (2005) refere-se que existem pessoas que continuam a trabalhar no mercado de

trabalho formal durante a terceira idade enquanto outras escolheriam fazê-lo se tivessem oportunidade. Desta forma poder-se-ia contribuir para a economia através do trabalho informal ou atividades voluntárias.

Nesta ordem de ideias, o Eurostat Statistical Books sugere que:

[F]rom a societal perspective, increased involvement of the elderly could bring additional economic and social value. Active participation of older persons may be promoted through a range of initiatives, such as: encouraging the retired to take on part time work, engaging older persons in community initiatives and voluntary work, or adapting fiscal systems to recognise informal care that is provided by older persons (for example, childminding).

(Active ageing and solidarity between generations, 2012, p.111)

Do ponto de vista do relacionamento social, a população idosa sofre um crescente processo de isolamento social na medida em que se desliga do trabalho ou pela emancipação dos filhos. “Estar ocupado” no fortalecimento da família pode ser sinónimo de satisfação com a vida predizendo uma boa qualidade de vida, bem-estar e felicidade. Na publicação da OPAS menciona-se que “as pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de ser mais vulneráveis à solidão, isolamento social e de ter um menor grupo social.” (2005, p.29) A viuvez surge, assim, no seguimento do estudo coordenado por Villaverde (2013) como uma perda de relações sociais, já precárias, devido à vida social anterior pouco intensa, conduzindo a situações de isolamento e solidão. No mesmo sentido Lima refere que “a doença e a morte do cônjuge são motivos de mudança, o que obriga a uma reestruturação profunda da vida da pessoa idosa.” (2010, p.60). Passa-se de uma vida familiar para uma vida a dois e, após a viuvez, a uma vida a sós. O isolamento social provocado por falta de contactos, em virtude de perdas e da ausência de reconhecimento social está associado a solidão, à depressão e até a doenças do foro mental. (Villaverde *et al.*, 2013).

Neste estudo conclui-se que o:

[P]rocesso de envelhecimento conduz à existência de mais pessoas a viverem sozinhas e, por conseguinte, implica uma diminuição das que vivem nas famílias conjugais e nas outras situações familiares. No entanto, isso não significa que as pessoas mais velhas vivam maioritariamente sozinhas, mas sim que aquelas que vivem sós tendem a aumentar em função da idade, tornando inevitável uma relação entre a vida a sós e o processo de envelhecimento.

(Villaverde *et al.*, 2013, p. 29)

O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por um peso crescente das pessoas idosas e, em particular, das mulheres idosas que vivem sozinhas ou exclusivamente com outras pessoas idosas. A viuvez é, também, referida por estes autores (Villaverde *et*

al.,2013) como uma das principais causas para a vida a sós, uma vez que esta se constitui como um ponto de viragem na trajectória conjugal e familiar. No mesmo estudo é referido que a vivência dos seniores com outros familiares depende mais de fatores de sustentabilidade económica, e não tanto do isolamento social a que estão sujeitos. Neste sentido, “as pessoas que vivem com outros familiares têm rendimentos mais baixos do que as que vivem sós (...), viver com outros é sem dúvida mais protector do que viver sozinho (...).” (2013, p.32). A autora Ana Alexandre Fernandes vai mais longe quando afirma que “as trocas concretizam-se em torno do domínio afectivo, da ajuda doméstica e financeira, da guarda de crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade.” (2001, p.11) Neste seguimento de ideias os Censos de 2011 referem que o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representava a maior parte das famílias unipessoais e correspondia a cerca de 10% do total de famílias clássicas.

[A] evolução do número de pessoas a viver sós deve-se principalmente ao progressivo envelhecimento da população portuguesa, mas também, embora de forma muito ténue, ao surgimento de novas formas de arquitetura da vida familiar e doméstica, sobretudo entre as camadas da população mais jovem e que conduzem a uma individualização. (INE, 2013, p.32).

A vida a sós decorre, na maior parte das vezes, de acontecimentos que não dependem do próprio, como a partida dos filhos ou a morte do cônjuge. Nestes casos, não se escolhe viver sozinho, fica-se a viver só. Apesar de ser uma situação involuntária, isso não quer dizer que seja uma situação indesejada. Esta evidência é reportada na Operação Censos 2014 da Guarda Nacional Republicana¹ que refere que existem 34 mil idosos a viverem sozinhos ou isolados, ou seja mais 5766 do que em 2013². Segundo Lima as pessoas “que vivem sós são mais vulneráveis à solidão (...) as mulheres tendem a sentir mais solidão e isolamento (talvez por terem maior facilidade em assumi-la)” (2010, p.63).

A perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, etc., podem ter impacte na auto-estima. Como é referido por Lima a “auto-estima é, aliás, a variável de personalidade que maior impacto tem sobre o nosso bem-estar e sobre a forma como lidamos e experienciamos o nosso processo de envelhecimento” (2010, p.64).

¹ <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-idosos-a-viverem-sozinhos-ou-isolados-aumenta-pelo-terceiro-ano-consecutivo-1627847> acedido em 12-03-2014

² A Operação Censos Sénior 2014 realizou-se entre 15 de Janeiro e 15 de Fevereiro. Dos resultados evidencia-se um acréscimo do número de idosos a viverem sozinhos e, ao mesmo tempo, isolados: eram 2177 e são hoje 3026. O envelhecimento da população explica em parte os acréscimos verificados de ano para ano nestas campanhas que visam localizar, proteger e sensibilizar para cuidados de segurança, pessoas com mais de 65 anos. Esta faixa etária representava cerca de 19% dos pouco mais de dez milhões de habitantes em 2011 (de acordo com o Censos 2011) e hoje representa 22%, segundo o major Copeto. Entre os que vivem sozinhos ou isolados, no país, foram registados 441 idosos em situação precária por motivos de saúde ou pelas condições da habitação.

As redes sociais têm uma grande importância para o bem-estar e para a qualidade de vida dos seniores, ou seja, ter família e amigos com quem possam contar são fatores essenciais para envelhecer bem. O suporte social, que as redes sociais oferecem, reduz o isolamento e aumenta a satisfação com a vida das pessoas (Carvalho *et al.*, 2004).

Sobre este assunto, o Eurostat Statistical Books refere que:

[A]side from physical health, an individual's perception of their life is also linked to psychological factors. These may be shaped through social relationships, personal beliefs, feelings of isolation/loneliness, or concerns over security/safety and finance. Many of the challenges that older people face in their day-to-day lives are linked to the autonomy and independence of their living conditions. (Active ageing and solidarity between generations, p. 111)

Na mesma linha Fernandes menciona que os apoios sociais que têm marcado as políticas implementadas neste segmento, nomeadamente os centros de dia e os apoios domiciliários, poderão deixar de “ser a orientação essencial das políticas nas futuras gerações de idosos.” (2001, p.12) Isto é, “a capacidade de darmos resposta (e alternativa) às necessidades da população idosa depende da nossa aptidão para lidarmos de forma criativa com os novos e velhos desafios” (Lima, 2010, p.91).

O aumento das taxas de institucionalização “reflectem não só o aumento do tempo de vida, mas também, o aumento do número de idosos, aumento do número de idosos incapacitados e as dificuldades crescentes das famílias em dar suporte aos seus membros idosos.” (Lima, 2010, p.101) Reflexo, de acordo com a autora, de que a sociedade está “muito agarrada” aos equipamentos tradicionais, como os lares e centros de dia, quando há outras possibilidades como, por exemplo, o apoio à residência ou os cuidados ao domicílio. É também importante possibilitar às pessoas mais velhas decidam e participem nas próprias atividades da instituição onde se encontram. Só desta forma se promoverá o seu bem-estar, valorizando desta forma, o princípio da participação ativa dos idosos na sociedade.

Com o propósito de oferecer subsídios para o planeamento local de ações sociais o presente estudo teve por objetivo, além de traçar o perfil da população sénior do concelho da Lousã, estabelecer correlatos psicossociais.

2.Materiais e Métodos

O estudo pretende identificar, numa perspetiva de género, o perfil dos seniores do concelho da Lousã relativamente a nove áreas: formação, recursos sociais, situação

económica e profissional, situação habitacional, saúde, atividades da vida diária, equipamentos sociais, participação comunitária, solidão/isolamento/segurança.

2.1.Procedimentos

Realizámos um estudo quantitativo e transversal. Para a concretização do estudo utilizámos como critérios para selecção da amostra a idade - população idosa do concelho com idade igual ou superior a 60 anos³ e ausência de deterioração cognitiva.

A população do Concelho da Lousã, segundo os censos de 2011, é constituída por 4157 indivíduos com idade ≥ 60 anos. No caso presente, optou-se por trabalhar com um nível de confiança de 99% e um erro de 5%. Assim, a amostra implicou a inquirição de 300 indivíduos. A nossa base de amostragem utilizou a listagem dos idosos portadores do Cartão Municipal Sénior, sendo incluídos neste estudo os idosos que frequentam as atividades desenvolvidas no âmbito do Plano Municipal Sénior (2424). Acresce a esta população a que frequenta respostas sociais. Tendo em conta que esta investigação decorre no âmbito da rede social concelhia foi solicitado aos parceiros, nomeadamente aos das Instituições Particulares de Solidariedade Social, para aplicarem o questionário aos utentes das respetivas instituições.

Utilizámos na recolha de dados um questionário que aplicámos individualmente em forma de entrevista presencial. Com o objetivo de respeitar os procedimentos éticos previstos nas pesquisas com seres humanos o questionário apresentava além de uma “declaração de consentimento informado e esclarecido” (cf. Apêndice 1) os objetivos e utilidade do estudo. Os inquiridos autorizaram a recolha de dados, tendo sido garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

Os espaços onde decorreu a administração do inquérito apresentavam condições de privacidade. As perguntas eram colocadas sequencialmente. As entrevistas duraram entre 20 a 40 minutos e foram administrados entre janeiro e agosto de 2014.

2.2.Instrumentos

Além do questionário que elaborámos e que inclui nove áreas (I-formação, II- recursos sociais, III- situação económica e profissional, IV- situação habitacional, V - saúde, VI- atividades da vida diária, VII- equipamentos sociais, VIII- participação comunitária, IX- solidão/isolamento/segurança) aplicámos cinco escalas que iremos seguidamente descrever:

³ Faixa etária utilizada de acordo com a OMS (2005) que apresenta indicadores de envelhecimento a partir dos 60 anos

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

A Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS - *Lubben Social Network Scale*) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade (Ribeiro *et al.*, 2012).

Segundo os autores da escala a nova versão é particularmente apropriada para o *screening* do risco de isolamento social (Lubben & Gironda, 2003). Esta última versão teve como objetivo tornar o instrumento ainda mais simples e rápido, atendendo às dificuldades que as pessoas mais velhas apresentam em completar um instrumento de avaliação. A LSNS-6 encontra-se atualmente traduzida e validada para diferentes países do continente Europeu e Asiático (Ribeiro *et al.*, 2006).

A LSNS-6 baseia-se em dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares (as pessoas de quem são familiares por nascimento, casamento, adoção, etc...) e as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são três: (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são repetidos em relação aos amigos, incluindo aqueles que vivem na vizinhança do inquirido.

A pontuação total da escala equivale à soma dos 6 itens, ou seja, apresenta uma amplitude de 30 pontos, sendo que o mínimo é 0 e o máximo 30 sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala de 5 pontos (“0” zero, “1” um, “2” dois, “3 ou 4” três, “5 a 8” quatro e “9 ou +” cinco) (Ribeiro *et al.*, 2012).

Avaliação de Ganhos em Saúde – Questionário EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)

O EQ-5D é um instrumento de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde. As cinco dimensões que o compõem (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) permitem gerar um índice que representa o valor do estado de saúde de um indivíduo.

Desenvolvido pelo *EuroQoL Group* - grupo europeu fundado em 1987 tem como objetivo desenvolver um instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde. O grupo é composto por uma rede de investigadores de sete centros de investigação localizados em Inglaterra, Finlândia, Holanda, Noruega e Suécia.

É um instrumento suficientemente curto para ser utilizado em conjunto com outras medições (demora aproximadamente 1 minuto).

Cada uma das cinco dimensões tem três níveis de gravidade, correspondendo o nível 1 ao “Não tenho problemas...”, ao nível 2 “Tenho alguns problemas...” e o nível 3 a problemas extremos. Assim sendo, este sistema permite descrever um total de $3^5 = 243$ estados de saúde distintos (CEISUC, 1997). Para cada indivíduo, o resultado desta descrição é representado através de um número de cinco dígitos. Por exemplo, o estado 11111 indica sem problemas em todas as dimensões, enquanto o estado 33333 representa problemas sérios nas cinco dimensões.

O EQ-5D é um questionário simples e geral, constituído por dois componentes principais. O primeiro é um sistema descritivo que define a qualidade de vida relativa à saúde (HR-QoL) em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, actividades usuais, dor/desconforto e ansiedade/depressão), e o segundo componente consiste no sistema “Visual Analogue Scale” (VAS), uma escala numerada de 0 a 100, onde 0 é o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor. Para este estudo foi utilizado apenas a primeira componente.

Inventário de Ansiedade Geriátrica (versão reduzida)

O Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI – Geriatric Anxiety Inventory: Pachana *et al.*, 2007; Versão Portuguesa: Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011) pretende medir os sintomas comuns da ansiedade em pessoas idosas. É um questionário de auto-resposta composto por 20 itens de forma a ser mais breve e diminuir o cansaço dos inquiridos. Os itens do GAI apresentam-se numa escala dicotómica variando as opções entre o *Concordo* e *Discordo*. Nas instruções é pedido aos inquiridos para que as suas respostas se reportem à última semana. A pontuação da escala resulta do somatório de todos os itens da escala. A cotação máxima corresponde a 20 pontos e a mínima a zero, pois cada questão respondida como *Concordo* vale um ponto. Esta escala é acessível a todos os níveis educacionais e a indivíduos com comprometimento cognitivo leve. Este instrumento é unicamente utilizado para medir os sintomas ansiosos nos idosos.

Para o presente estudo foi considerado a versão 5-itens de inventário da ansiedade geriátrica (GAI), versão reduzida, tendo o indivíduo de responder a cada um se *Concorda* ou *Discorda*, conforme se sentiu durante a última semana. O presente estudo pretende contribuir para a validação do Inventário Geriátrico de Ansiedade.

Escala de Satisfação com a Vida - SWLS (Satisfaction With Life Scale)

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction with Life Scale* - SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) pretende avaliar o bem-estar subjetivo, isto é, a forma positiva ou negativa como os indivíduos experienciam a sua vida (Simões, 1992). A sua versão original continha 48 itens. Posteriormente, esta escala foi reduzida para 5 itens que são respondidos numa escala tipo Likert de sete pontos. Esta última versão possui boas propriedades psicométricas, incluindo elevada consistência interna e fidedignidade temporal. Uma mais-valia deste instrumento é o facto de ser apropriado a diferentes faixas etárias (Diener *et al.*, 1985; Simões, 1992).

É constituída por cinco questões, às quais os sujeitos respondem segundo uma escala de *Likert* que varia entre 1 e 7 de acordo com o seu grau de concordância (1. Discordo fortemente; 2. Discordo; 3. Discordo ligeiramente; 4. Não concordo, nem discordo; 5. Concordo ligeiramente; 6. Concordo e 7. Concordo fortemente), sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a satisfação com a vida.

Esta escala foi traduzida e adaptada em 1990, pela primeira vez, para a população portuguesa pelos autores Neto, Barros & Barros.

Escala de Solidão da UCLA – (versão 3) (Russell, 1996)

A UCLA - *loneliness Scale* é, como o seu nome indica em português, uma escala que avalia a solidão. A escala tem sofrido alterações desde a sua criação. A primeira versão é publicada em 1978 (Russel, Replau & Ferguson, 1978), a segunda em 1980 (Russel, Replau & Cutrona, 1978) e a terceira versão é de 1996 (Russel, 1996). É uma escala de heteroadministração. Os itens da versão original foram criados com frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever sentimentos de solidão. As questões estavam todas apresentadas na direcção negativa ou dirigidas à solidão, às quais os indivíduos indicavam com que frequência tinham sentimentos de solidão, numa escala de medida que variava entre nunca (1) e o frequentemente (4).

A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA (versão 2) foi efetuada por Neto em 1989, era constituída por 18 itens. E posteriormente por Margarida Pocinho, Carlos Farate e Carlos Amaral Dias, em 2005 (versão 1).

A conclusão desta validação psicométrica resultou em 16 itens, apresentando duas dimensões, isolamento social e afinidades, com uma pontuação global de > 32, indicativa de sentimentos negativos de solidão. A escala de solidão utilizada nesta investigação é a de

Russel (1996), constituída por um total de 20 itens, projetada para medir os sentimentos subjectivos de solidão, bem como sentimentos de isolamento social avaliados no formato de escolha múltipla e respondida em escalas do tipo *Likert* de 4 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes e 4 = muitas vezes). A pontuação varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 80 pontos. Quanto mais elevado o *score* final, maior o nível de solidão.

2.3.Participantes

A amostra é constituída por 300 indivíduos, com 60 e mais anos de idade e é composta maioritariamente por mulheres ($n = 200$, 66,7%). No que se refere à distribuição por escalões etários verifica-se que a maioria, 55,3 %, pertence ao escalão ≤ 74 anos ($n = 166$). Quanto ao estado civil a maioria dos idosos referiu ser casado/união de facto (56,7%). Quanto à distribuição geográfica por freguesia a União de freguesias de Lousã e Vilarinho é a mais representativa ($n = 157$, 52,3%). Relativamente aos padrões de coabitação, (se vive só ou acompanhado por outras pessoas), a grande maioria afirmou residir em alojamento privado ($n = 284$, 94,7%). Em termos de composição do agregado familiar (se vive só ou não) verificamos que a maioria da nossa amostra ($n = 160$, 53,3%) referenciou serem dois os elementos do agregado familiar, reforçando a ideia de que quem vive em sua casa é o cônjuge (55,3%). No entanto, a percentagem de idosos a morar sozinho é significativa ($n = 86$, 28,7%) e com um só elemento ($n = 94$, 31,3%). Ainda assim, na nossa amostra existem idosos ($n = 36$, 12%) que referem ser três o número de elementos do seu agregado familiar. Relativamente ao nível de escolaridade na distribuição destaca-se a 4ª classe ($n = 215$, 71,7%). No que diz respeito à situação profissional que os idosos exercem ou exerciam, podemos referir que a maioria enquadra-se na tipologia do pessoal dos serviços e vendedores ($n = 123$, 41,8%) (ver apêndice 1).

2.4.Análise de Dados

Com a informação recolhida procedemos à análise e interpretação dos resultados, através da análise estatística descritiva e inferencial. O tratamento dos dados foi efetuado recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0 para *Windows*, sendo um *software* apropriado para a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados. Este programa permitiu realizar cálculos estatísticos complexos, correlacionar variáveis e visualizar os seus resultados. Numa primeira fase, foi

utilizada a estatística descritiva, mais concretamente o cálculo de médias, desvios-padrão, mínimos e máximos. Posteriormente procedeu-se ao cálculo do Qui-Quadrado para as variáveis categoriais e ao teste U de Mann-Whitney para as variáveis de intervalo.

3. Resultados

Tabela 1 – Recursos Sociais

	Feminino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	Total <i>N</i> (%)
Estado civil			
Solteiro/a	17 (8,5%)	3 (3,0%)	20 (6,7%)
Casado/a	89 (44,5%)	81 (81,0%)	170 (56,7%)
Divorciado/a	86 (43,0%)	13 (13,0%)	99 (33,0%)
Separado/a	8 (4,0%)	2 (2,0%)	10 (3,3%)
Viúvo/a	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,3%)
Quem vive consigo em sua casa?			
Vive Sozinho/a	74 (21,8%)	12 (3,5%)	86 (25,4%)
Cônjuge	88 (26,0%)	78 (23,0%)	166 (49,0%)
Filhos/as	37 (10,9%)	18 (5,3%)	55 (16,2%)
Netos/as	10 (2,9%)	3 (0,9%)	13 (3,8%)
Pais ou sogros	2 (0,6%)	1 (0,3%)	3 (0,9%)
Irmãos/as ou cunhados/as	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Outros familiares	2 (0,6%)	0 (0,0%)	2 (0,6%)
Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si	2 (0,6%)	1 (0,3%)	3 (0,9%)
Outros	5 (1,5%)	5 (1,5%)	10 (2,9%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Número de elementos do agregado familiar	1,78 (0,81)	2,13 (0,79)	1,89 (0,82)
Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?	4,26 (4,28)	7,30 (11,54)	5,27 (7,64)
A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros?	4,17 (5,78)	4,60 (8,19)	4,31 (6,67)
A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive?	2,05 (2,85)	2,40 (3,49)	2,16 (3,07)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>N</i> (%)
Tem alguém em quem possa confiar?			
Sim	183 (61,0%)	93 (31,0%)	276 (92,0%)
Não	17 (5,7%)	7 (2,3%)	24 (8,0%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Sente-se sozinho/a?	2,12 (0,82)	2,54 (0,76)	2,26(0,82)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>N</i> (%)
Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?			
Sim	108 (36,0%)	68 (22,7%)	176 (58,7%)
Não	92 (30,7%)	32 (10,7%)	124 (41,3%)
Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por ex., o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?			
Sim	181 (90,5%)	91 (91,0%)	272 (90,7%)
Não	19 (9,5%)	9 (9,0%)	28 (9,3%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Há alguém que possa cuidar de si?	1,12 (0,45)	1,09 (0,38)	1,11 (0,43)

Tabela 1 – Recursos Sociais (continuação)

	Feminino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	Total <i>N</i> (%)
Quem são essas pessoas?			
Cônjuge	32 (9,6%)	41 (12,2%)	73 (21,8%)
Irmão/a	8 (2,4%)	1 (0,3%)	9 (2,7%)
Filhos/as	113 (33,7%)	45 (13,4%)	158(47,2%)
Netos/as	11 (3,3%)	3 (0,9%)	14 (4,2%)
Outro parente	16 (4,8%)	9 (2,7%)	25 (7,5%)
Amigo/a	17 (5,1%)	5 (1,5%)	22 (6,6%)
Outros	25 (7,5%)	9 (2,7%)	34 (10,1%)

Relativamente ao estado civil verifica-se que a maioria dos inquiridos, independentemente do sexo, é casada. O teste Qui-Quadrado indica que existe uma associação entre o sexo e o estado civil $\chi^2 (4, n = 300) = 37,51, p < 0,001$. Os nossos inquiridos, independentemente do sexo a que pertencem vivem maioritariamente com o respetivo cônjuge, a associação entre estas duas variáveis é estatisticamente significativa $\chi^2 (8, n = 300) = 34,03, p < 0,001$.

No que diz respeito às variáveis “número de elementos do agregado familiar”, “Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas”, “A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros?” e “A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos” verifica-se que o sexo masculino apresenta pontuações médias superiores. Contudo a relação entre estas variáveis e o sexo só é estatisticamente significativa no número de elementos do agregado familiar ($U = 7372, z = -4,108, p < 0,001$) e na quantidade de pessoas que conhece para ir a casa delas visitá-las ($U = 8086, z = -2,755, p = 0,006$).

Relativamente à variável “Tem alguém em quem possa confiar” a maioria dos nossos inquiridos, tanto masculinos como femininos, referem que sim. A relação entre estas variáveis não é estatisticamente significativa $\chi^2 (1, n = 300) = 0,20, p > 0,652$.

Relativamente à variável “Sente-se sozinho/a?” são os homens que apresentam pontuação média mais elevada, sendo estatisticamente significativa a diferenças entre sexos, $U = 7147, z = -4,390 p < 0,001$.

No que diz respeito à variável “Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?” é maioritariamente o sexo feminino a referir que sim, sendo significativa a relação entre estas variáveis $\chi^2 (1, n = 300) = 5,39, p < 0,020$. Relativamente à variável “Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?” verifica-se que a maioria, tanto do sexo masculino como feminino,

afirma que sim, não havendo diferenças estatisticamente significativas $\chi^2 (1, n = 300) = 0,020, p = 0,888$. No que concerne à questão “Há alguém que possa cuidar de si?”, verifica-se uma pontuação média muito idêntica, tanto para o sexo masculino como para o feminino, a diferença não é estatisticamente significativa, $U = 8141,5, z = -0,527 p = 0,598$. Quando questionados sobre quem são essas pessoas que lhes podem prestar apoio, a maioria, independentemente do sexo a que pertencem referiu os filhos, existindo, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, $\chi^2 (6, n = 300) = 23,44 p < 0,001$.

Tabela 2 – Situação Económica e Profissional

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total N (%)
Qual a atividade profissional que exerce/exercia?			
Dirigentes	2 (1,0%)	6 (6,3%)	8 (2,7%)
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	4 (2,0%)	3 (3,1%)	7 (2,4%)
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1 (0,5%)	7 (7,3%)	8 (2,7%)
Pessoal administrativo e similares	13 (6,6%)	8 (8,3%)	21 (7,1%)
Pessoal dos serviços e vendedores	32 (16,2%)	13 (13,5%)	45 (15,3%)
Operários industriais e da agricultura e pesca	146 (73,7%)	59 (61,5%)	205 (69,7%)
Quem gere a sua reforma e/ou rendimento?			
Próprio	167 (55,7%)	90 (30,0%)	257 (85,7%)
Cônjuge	10 (3,3%)	4 (1,3%)	14 (4,7%)
Filhos	16 (5,3%)	1 (0,3%)	17 (5,7%)
Outros familiares	6 (2,0%)	2 (0,7%)	8 (2,7%)
Instituições	5 (1,7%)	2 (0,7%)	7 (2,3%)
Tem apoio económico dos seus familiares?			
Sim	25 (8,3%)	6 (2,0%)	31 (10,3%)
Não	175 (58,3%)	94 (31,3%)	269 (89,7%)
Dá apoio económico aos seus familiares?			
Sim	83 (27,7%)	48 (16,0%)	131 (43,7%)
Não	117 (39,0%)	52 (17,3%)	169 (56,3%)

No que diz respeito à atividade profissional verifica-se que existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos, $\chi^2 (6, n = 300) = 19,769, p < 0,001$. Já no que diz respeito à variável “Quem gere a sua reforma e/ou rendimento?”, a maioria dos inquiridos, independentemente do sexo, responderam que são eles próprios a gerir a sua reforma e/ou rendimento ($\chi^2 = 6,56, df = 4, p = 0,161$).

Relativamente às variáveis: “Tem apoio económico dos seus familiares?” e “Dá apoio económico aos seus familiares?” verifica-se que não existe diferenças estatisticamente significativas quando as avaliamos a partir da variável sexo ($\chi^2 (1, n = 300) = 3,040, p < 0,081$); ($\chi^2 (1, n = 300) = 1,145, p < 0,285$)) respectivamente.

Tabela 3 – Situação Habitacional

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total N (%)
Tipo de alojamento em que vive			
Alojamento privado	187 (62,3%)	97 (32,3%)	284 (94,7%)
Alojamento institucional	13 (4,3%)	3 (1,0%)	16 (5,3%)
No caso de viver em alojamento privado:			
Tipo de alojamento			
Rural /Unifamiliar	27 (9,5%)	12 (4,2%)	39 (13,7%)
Apartamento	46 (16,1%)	11 (3,9%)	57 (20,0%)
Moradia	115 (40,4%)	74 (26,0%)	189 (66,3%)
Quais são as infraestruturas que o alojamento onde vive possui?			
Electricidade	199 (66,3%)	100 (33,3%)	299 (99,7%)
Água	198 (66,0%)	98 (32,7%)	296 (98,7%)
Casa de Banho	199 (66,3%)	98 (32,7%)	297 (99,0%)
Esgotos	196 (65,3%)	96 (32,0%)	292 (97,3%)
Aquecimento adequado	180 (60,0%)	86 (28,7%)	266 (88,7%)
As dimensões da sua casa são suficientes para o agregado familiar?			
Sim	200 (66,7%)	99 (33,0%)	299 (99,7%)
Não	0 (0,0%)	1 (0,3%)	1 (0,3%)
A habitação onde reside tem barreiras arquitetónicas?			
Sim	126 (42,0%)	71 (23,7%)	197 (65,7%)
Não	74 (24,7%)	29 (9,7%)	103 (34,3%)
Caso responda SIM à pergunta anterior, identifique quais as barreiras arquitetónicas:			
Escadas	129 (43,0%)	70 (23,3%)	199 (66,3%)
Portas	6 (2,0%)	7 (2,3%)	13 (4,3%)
Casa de banho	4 (1,3%)	3 (1,0%)	7 (2,3%)
Espaço reduzido	2 (0,7%)	4 (1,3%)	6 (2,0%)
Estas barreiras arquitetónicas dificultam-lhe a saída de casa?			
Sim	33 (11,0%)	17 (5,7%)	50 (16,7%)
Não	167 (55,7%)	83 (27,7%)	250 (83,3%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Qual é o estado de conservação da habitação: Interior	2,52 (0,63)	2,64 (0,54)	2,56 (0,60)
Qual é o estado de conservação da habitação: Exterior	2,47 (0,64)	2,58 (0,59)	2,51 (0,63)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Se respondeu MAU, por que razão não realiza obras de beneficiação?			
Não é habitação própria	5 (19,2%)	1 (3,8%)	6 (23,1%)
Dificuldades Económicas	11 (42,3%)	2 (7,7%)	13 (50,0%)
Elevados custos da obra	4 (15,4%)	1 (3,8%)	5 (19,2%)
Dificuldade em resolver sozinho/a	1 (3,8%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)

A situação habitacional foi avaliada a partir de dez variáveis. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas quando relacionamos as referidas variáveis com a variável sexo (“Tipo de alojamento em que vive” = χ^2 (1, $n = 300$) = 1,618, $p > 0,203$; “Quais as infraestruturas que o alojamento onde vive possui” = $\chi^2 = 0,08$; $df = 4$, $p = 0,999$; “As dimensões da sua casa são suficientes para o agregado familiar?” = χ^2 (1, $n = 300$) = 2,007, $p < 0,157$; “A habitação onde reside tem barreiras arquitetónicas?” = χ^2 (1, $n = 300$) = 1,892, $p = 0,169$; “Caso responda sim à pergunta anterior, identifique quais as barreiras

arquitetónicas” = $\chi^2 = 4,21$; $df = 3$, $p = 0,240$; “Estas barreiras arquitetónicas dificultam-lhe a saída de casa?” = $\chi^2 (1, n = 300) = 0,012$, $p < 0,913$; “Qual o estado de conservação da habitação: interior” = $U = 9092$, $z = -1,500$, $p = 0,134$; “Qual o estado de conservação da habitação: exterior” = $U = 9129$, $z = -1,407$, $p = 0,159$; “Se respondeu mau, por que razão não realiza obras de beneficiação” = $\chi^2 (3, n = 300) = 1,370$, $p = 0,713$.

Verificam-se contudo diferenças quando relacionamos a variável “No caso de viver em alojamento privado” e o sexo ($\chi^2 (4, n = 300) = 7,904$, $p < 0,019$).

Tabela 4 – Saúde

	Feminino <i>n (%)</i>	Masculino <i>n (%)</i>	Total <i>N (%)</i>
Sofre de algum problema de saúde?			
Sim	185 (61,7%)	87 (29,0%)	272 (90,7%)
Não	15 (5,0%)	13 (4,3%)	28 (9,3%)
É portador de alguma doença crónica?			
Sim	176 (58,7%)	85 (28,3%)	261 (87,0%)
Não	24 (8,0%)	15 (5,0%)	39 (13,0%)
É portador de alguma limitação ou incapacidade?			
Sim	87 (29,0%)	28 (9,3%)	115 (38,3%)
Não	113 (37,7%)	72 (24,0%)	185 (61,7%)
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Caso responda SIM, indique a limitação e a frequência com que a sente no seu dia-a-dia e a que nível?			
Psíquica (depressão)	1,59 (1,13)	1,14 (0,58)	1,44 (1,00)
Mental	1,08 (0,42)	1,07 (0,41)	1,08 (0,41)
Visual	1,33 (0,86)	1,26 (0,77)	1,30 (0,83)
Auditiva	1,17 (0,64)	1,16 (0,63)	1,17 (0,64)
Linguagem/Comunicação	1,05 (0,31)	1,03 (0,22)	1,04 (0,28)
Motora/Locomoção	1,37 (0,91)	1,42 (0,97)	1,39 (0,93)
Multideficiência	1,03 (0,21)	1,04 (0,31)	1,03 (0,25)
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Frequenta regularmente as consultas do seu médico de família?			
Sim	193 (64,3%)	95 (31,7%)	288 (96,0%)
Não	7 (2,3%)	5 (1,7%)	12 (4,0%)
Se respondeu SIM, quais as razões:			
Situações de emergência	4 (1,4%)	1 (0,3%)	5 (1,7%)
Consultas programadas	177 (61,5%)	86 (29,9%)	263 (91,3%)
Receitas/Exames	12 (4,2%)	8 (2,8%)	20 (6,9%)
Recorre a consultas de especialidade?			
Sim	147 (49,0%)	77 (25,7%)	224 (74,7%)
Não	53 (17,7%)	23 (7,7%)	76 (25,3%)
Se respondeu SIM, que meio de transporte utiliza para se deslocar a essas consultas:			
Viatura própria	31 (13,8%)	40 (17,9%)	71 (31,7%)
Transportes Públicos	55 (24,6%)	19 (8,5%)	74 (33,0%)
Ambulância	9 (4,0%)	7 (3,1%)	16 (7,1%)
Viatura de familiares	36 (16,1%)	7 (3,1%)	43 (19,2%)
Outro	16 (7,1%)	4 (1,8%)	20 (8,9%)
Toma medicação todos os dias?			
Sim	193 (64,3%)	96 (32,0%)	289 (96,3%)
Não	7 (2,3%)	4 (1,3%)	11 (3,7%)

Tabela 4 – Saúde (continuação)

	Feminino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	Total <i>N</i> (%)
Tem dificuldade em comprar os medicamentos que lhe são prescritos?			
Sim	70 (23,3%)	22 (7,3%)	92 (30,7%)
Não	130 (43,3%)	78 (26,0%)	208 (69,3%)
Se respondeu SIM, como faz?			
Pede ajuda a familiares/ vizinhos	10 (10,9%)	1 (1,1%)	11 (12,0%)
Não compra	2 (2,2%)	0 (0,0%)	2 (2,2%)
Compra mas tem de abdicar de outros bens	51 (55,4%)	18 (19,6%)	69 (75,0%)
Outra situação	7 (7,6%)	3 (3,3%)	10 (10,9%)
Fuma?			
Sim	2 (0,7%)	3 (1,0%)	5 (1,7%)
Não	198 (66,0%)	97 (32,3%)	295 (98,3%)
Bebe álcool?			
Sim	57 (19,0%)	71 (23,7%)	128 (42,7%)
Não	143 (47,7%)	29 (9,7%)	172 (57,3%)
Se respondeu SIM:			
Regularmente	40 (31,3%)	64 (50,0%)	104 (81,3%)
Esporadicamente	17 (13,3%)	7 (5,5%)	24 (18,8%)
	<i>M</i> (DP)	<i>M</i> (DP)	<i>M</i> (DP)
Como avalia a sua saúde?	3,15 (0,69)	3,03 (0,61)	3,11 (0,66)

Ao nível da saúde foram avaliadas quinze variáveis. A maioria dos inquiridos, independentemente do sexo, refere problemas de saúde, no entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas quando relacionamos as referidas variáveis com a variável sexo. (“Sofre de algum problema de saúde?” = χ^2 (1, n = 300) = 2,383, p < 0,123; “É portador de alguma doença crónica?” = χ^2 (1, n = 300) = 0,531, p < 0,466; “Frequenta regularmente as consultas do seu médico de família?” = χ^2 (1, n = 300) = 0,391, p < 0,532; “Se respondeu SIM, quais as razões?” = χ^2 (1, n = 300) = 0,836, p < 0,658; “Recorre a consultas de especialidade?” = χ^2 (1, n = 300) = 0,432, p = 0,511; “Toma medicação todos os dias?” = χ^2 (1, n = 300) = 0,047, p < 0,828 ; “Fuma?” = χ^2 (1, n = 300) = 1,627, p < 0,202 e “Como avalia a sua saúde?” = U = 8963,5, z = -1,688 p = 0,091).

As variáveis onde se verificam diferenças estatisticamente significativas são as seguintes: “É portador de alguma limitação ou incapacidade?” = χ^2 (1, n = 300) = 6,776, p < 0,009; “Caso responda SIM, indique a limitação e a frequência com que a sente no seu dia-a-dia e a que nível?”, sendo que nesta questão apenas se verifica diferenças estatisticamente significativas na variável “Psíquica (depressão)”, χ^2 (1, n = 300) = 13,614, p < 0,003 e nas restantes variáveis (Mental = χ^2 (1, n = 300) = 1,007, p < 0,800; Visual = χ^2 (1, n = 300) = 1,276, p < 0,735; Auditiva = χ^2 (1, n = 300) = 0,127, p < 0,988; Linguagem/Comunicação = χ^2 (1, n = 300) = 0,502, p < 0,919; Motora/Locomoção = χ^2 (1, n = 300) = 0,748, p < 0,862; Multideficiência = χ^2 (1, n = 300) = 3,252, p < 0,354) não se verificam diferenças

estatisticamente significativas quando relacionamos as referidas variáveis com a variável sexo; em relação à variável “Se respondeu SIM, que meio de transporte utiliza para se deslocar a essas consultas”, verifica-se uma significativa diferença entre os sexos, $\chi^2 (4, n = 300) = 26,362, p < 0,001$; assim como nas seguintes variáveis: “Tem dificuldade em comprar os medicamentos que lhe são prescritos” = $\chi^2 (1, n = 300) = 5,299, p < 0,021$; “Bebe álcool?” = $\chi^2 (1, n = 300) = 49,226, p < 0,001$ e “Se respondeu SIM” = $\chi^2 (1, n = 300) = 8,273, p < 0,004$.

Tabela 5 – Atividades da Vida Diária

	Feminino <i>M (DP)</i>	Masculino <i>M (DP)</i>	Total <i>M (DP)</i>
Consegue utilizar o telefone?	1,21 (0,58)	1,07 (3,35)	1,16 (0,52)
Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	1,11 (0,31)	1,05 (0,22)	1,09 (0,29)
Consegue vestir-se?	1,13 (0,39)	1,06 (0,28)	1,11 (0,36)
Consegue utilizar a banheira ou o duche?	1,16 (0,36)	1,06 (0,24)	1,12 (0,33)
Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	1,43 (0,75)	1,40 (0,75)	1,42 (0,75)
Consegue preparar as suas refeições?	1,33 (0,69)	1,45 (0,82)	1,37 (0,74)
Consegue alimentar-se?	1,01 (0,10)	1,02 (0,14)	1,01 (0,11)
Consegue tomar os seus medicamentos?	1,17 (0,40)	1,09 (0,32)	1,15 (0,38)
Tem acidentes com a sua bexiga?	1,19 (0,46)	1,07 (0,29)	1,15 (0,42)
Tem acidentes com os seus intestinos?	1,12 (0,38)	1,04 (0,19)	1,09 (0,33)
Consegue utilizar a sanita?	1,02 (0,17)	1,02 (0,14)	1,02 (0,16)
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?	1,08 (0,31)	1,05 (0,26)	1,07 (0,29)
Consegue deslocar-se dentro de casa?	1,09 (0,38)	1,03 (0,30)	1,07 (0,36)
Consegue subir e descer escadas?	1,21 (0,48)	1,14 (0,40)	1,18 (0,46)
Consegue andar no exterior?	1,29 (0,57)	1,17 (0,45)	1,25 (0,54)
Consegue ir às compras?	1,51 (0,78)	1,35 (0,72)	1,46 (0,76)
Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos?	1,40 (0,67)	1,17 (0,45)	1,32 (0,62)
Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?	0,88 (0,33)	0,96 (0,19)	0,91 (0,29)

As actividades da vida diária foram avaliadas a partir de dezoito variáveis. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas quando relacionamos as referidas variáveis com a variável sexo (“Consegue cuidar da sua aparência pessoal?” = $U = 9400, z = -1,709, p = 0,087$; “Consegue vestir-se?” = $U = 9401, z = -1,705, p = 0,088$; “Consegue fazer as suas tarefas domésticas?” = $U = 9790, z = -0,388, p = 0,698$; “Consegue preparar as suas refeições?” = $U = 9492, z = -1,005, p = 0,315$; “Consegue alimentar-se?” = $U = 9900, z = -0,711, p = 0,477$; “Tem acidentes com os seus intestinos?” = $U = 9392, z = -1,826, p = 0,068$; “Consegue utilizar a sanita?” = $U = 9951, z = -0,312, p = 0,755$; “Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?” = $U = 9703, z = -1,019, p = 0,308$; “Consegue deslocar-se dentro de casa?” = $U = 9605, z = -1,713, p = 0,087$; “Consegue subir e

descer escadas?” = $U = 9492$, $z = -1,147$ $p = 0,251$; “Consegue andar no exterior?” = $U = 9133,5$, $z = -1,769$ $p = 0,077$).

As variáveis onde se encontram diferenças significativas são: “Consegue utilizar o telefone?” ($U = 9153,5$, $z = -2,33$ $p = 0,020$); “Consegue utilizar a banheira ou o duche?” ($U = 9050$, $z = -2,355$ $p = 0,019$); “Consegue tomar os seus medicamentos?” ($U = 9158$, $z = -1,995$ $p = 0,046$); “Tem acidentes com a sua bexiga?” ($U = 8998$, $z = -2,452$ $p = 0,014$); “Consegue ir às compras?” ($U = 8884$, $z = -1,976$ $p = 0,048$); “Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos?” ($U = 8391,5$, $z = -3,030$ $p = 0,002$) e “Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?” ($U = 9200$, $z = -2,242$ $p = 0,025$).

Tabela 6 – Equipamentos Sociais

	Feminino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	Total <i>N</i> (%)
Beneficia de apoio de alguma instituição?			
Sim	55 (18,3%)	13 (4,3%)	68 (22,7%)
Não	145 (48,3%)	87 (29,0%)	232 (77,3%)
Se respondeu SIM, de qual?			
Estrutura residencial para idosos	13 (19,1%)	3 (4,4%)	16 (23,5%)
Centro de Dia	33 (48,5%)	7 (10,3%)	40 (58,8%)
Serviço de Apoio Domiciliário	5 (7,4%)	3 (4,4%)	8 (11,8%)
Outro	4 (5,9%)	0 (0,0%)	4 (5,9%)
Que tipo de resposta lhe é prestado?			
Fornecimento refeições	50 (75,8%)	12 (18,2 %)	62 (93,9%)
Tratamento roupas	1 (1,5%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)
Apoio psicológico e emocional	1(1,5%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)
Tratamentos de enfermagem e médicos	1(1,5%)	0 (0,0%)	1(1,5%)
Outro	1(1,5%)	0 (0,0%)	1(1,5%)
Na sua opinião o que beneficia é suficiente face às suas necessidades?			
Sim	51 (75,0%)	10 (14,7%)	61 (89,7%)
Não	4 (5,9%)	3 (4,4%)	7 (10,3%)
Caso tenha respondido NÃO, identifique o apoio que necessita:			
Apoio à noite	1 (14,3%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)
Apoio permanente	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
Outro	2 (28,6%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)

Relativamente aos equipamentos sociais verifica-se que as variáveis “Beneficia de apoio de alguma instituição?” e o “sexo” apresentam diferenças estatisticamente significativas (χ^2 (1, $n = 300$) = 7,996, $p < 0,005$). No entanto, quando relacionamos com o sexo as restantes variáveis não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis (“Se respondeu SIM, de qual?” = χ^2 (3, $n = 300$) = 2,763, $p < 0,430$; “Que tipo de resposta lhe é prestado?” = χ^2 (4, $n = 300$) = 0,946, $p < 0,918$; “Na sua opinião o que beneficia é suficiente face às suas necessidades?” = χ^2 (1, $n = 300$) = 2,844, $p < 0,092$ e “Caso tenha respondido NÃO, identifique o apoio que necessita” = χ^2 (2, $n = 300$) = 1,556, $p < 0,459$).

Tabela 7 – Participação Comunitária

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total N (%)
Faz parte de alguma associação ou grupo?			
Sim	48 (16,0%)	44 (14,7%)	92 (30,7%)
Não	152 (50,7%)	56 (18,7%)	208 (69,3%)
Se respondeu SIM, de que tipo?			
Cultural e Recreativo	12 (13,0%)	15 (16,3%)	27 (29,3%)
Desportivo	2 (2,2%)	4 (4,3%)	6 (6,5%)
Social	17 (18,5%)	8 (8,7%)	25 (27,2%)
Partido ou organização política	0 (0,0%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)
Voluntariado	7 (7,6%)	3 (3,3%)	10 (10,9%)
Outras	10 (10,9%)	12 (13,0%)	22 (23,9%)
Como ocupa os seus tempos livres?⁴			
Ginástica	54 (18,0%)	16 (5,3%)	70 (23,3%)
Passeios	90 (30,0%)	54 (18,0%)	144 (48,0%)
Leitura de livros, revistas, jornais	55 (18,3%)	33 (11,0%)	88 (29,3%)
Ver TV	144 (48,0%)	71 (23,7%)	215 (71,7%)
Estar no café	13 (4,3%)	31 (10,3%)	44 (14,7%)

No que concerne à participação comunitária podemos constatar que a maioria dos inquiridos, independentemente do sexo a que pertencem, não faz parte de nenhuma associação ou grupo. No entanto verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas quando analisamos a partir do enfoque “sexo” ($\chi^2 (1, n = 300) = 12,542, p < 0,001$). Por outro lado quando pedimos para referirem o tipo de associação ou grupo a que pertencem já não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, $\chi^2 (5, n = 300) = 7,863, p < 0,164$.

Relativamente à variável “Como ocupa os seus tempos livres?” apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas entre sexos nas variáveis “ginástica” ($\chi^2 (1, n = 300) = 4,509, p < 0,034$) e “estar no café” ($\chi^2 (1, n = 300) = 31,974, p < 0,001$). Nas outras variáveis assinaladas não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos (“Passeios” = $\chi^2 (1, n = 300) = 2,163, p < 0,141$; “Leitura de livros, revistas, jornais” = $\chi^2 (1, n = 300) = 0,973, p < 0,324$ e “Ver TV” = $\chi^2 (1, n = 300) = 0,033, p < 0,856$).

⁴ Nota: Colocamos apenas a modalidade “SIM”

Tabela 8 – Solidão / Isolamento / Segurança

	Feminino <i>n (%)</i>	Masculino <i>n (%)</i>	Total <i>N (%)</i>
Em caso de emergência a quem recorre?⁵			
Família	124 (41,3%)	63 (21,0%)	187 (62,3%)
Vizinhos	16 (5,3%)	4 (1,3%)	20 (6,7%)
Amigos	2 (0,7%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)
Instituição	17 (5,7%)	3 (1,0%)	20 (6,7%)
Bombeiros	22 (7,3%)	16 (5,3%)	38 (12,7%)
Serviços de saúde (INEM)	17 (5,7%)	14 (4,7%)	31 (10,3%)
Considera que necessita da Teleassistência?			
Sim	57 (19,0%)	16 (5,3%)	73 (24,3%)
Não	143 (47,7%)	84 (28,0%)	227 (75,7%)
Foi ou é vítima de violência / maus tratos?			
Sim	36 (12,0%)	8 (2,7%)	44 (14,7%)
Não	163 (54,5%)	92 (30,8%)	255 (85,3%)
Se respondeu SIM, apresentou queixa à GNR ou noutro serviço?			
Sim	13 (34,2%)	3 (7,9%)	16 (42,1%)
Não	17 (44,7%)	5 (13,2%)	22 (57,9%)
Se respondeu SIM, a situação alterou-se?			
Sim	5 (31,3%)	2 (12,5%)	7 (43,8%)
Não	8 (50,0%)	1 (6,3%)	9 (56,3%)

Nesta área foram avaliadas cinco variáveis. Não se verifica diferenças estatisticamente significativas na variável: “Em caso de emergência a quem recorre?”, quando relacionamos a referida variável com a variável sexo, $\chi^2 (1, n = 300) = 9,903, p < 0,129$.

Relativamente à variável “Considera que necessita da Teleassistência?”, a maioria dos inquiridos, independentemente do sexo a que pertencem, respondeu que não necessita deste serviço, no entanto verifica-se existir diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “sexo”, $\chi^2 (1, n = 300) = 5,657, p < 0,017$, assim como na variável “Foi ou é vítima de violência (física, verbal, outra) / maus tratos?”, $\chi^2 (1, n = 300) = 5,399, p < 0,020$. No entanto quando questionados “Se respondeu SIM, apresentou queixa à GNR ou noutro serviço” e “Se respondeu SIM, a situação alterou-se?” verifica-se não existir diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis, $\chi^2 (1, n = 300) = 0,088, p < 0,767$ e $\chi^2 (1, n = 300) = 0,788, p < 0,375$, respectivamente.

Tabela 9 – Escalas

	Feminino <i>M (DP)</i>	Masculino <i>M (DP)</i>	Total <i>M (DP)</i>
EQ-5D	7,26 (1,94)	6,36 (1,45)	6,96 (1,84)
GAI	3,86 (1,80)	2,50 (2,27)	3,41 (2,07)
SWLS	20,52 (8,32)	25,61 (6,65)	22,19 (8,16)
LSNS	16,33 (4,83)	17,90 (5,16)	16,85 (4,98)
LSNS- Rede Família	8,87 (2,86)	9,54 (2,80)	9,09 (2,85)
LSNS- Rede Amigos	7,48 (3,28)	8,41 (3,42)	7,79 (3,35)
UCLA	34,30 (11,61)	30,37 (10,21)	33,00 (11,31)

⁵ Nota: Colocamos apenas a modalidade “SIM”

No presente estudo foram aplicadas cinco escalas, EQ-5D; GAI; SWLS; LSNS - Família e LSNS - Amigos e UCLA. Pela análise destas escalas, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis e a variável “sexo” (EQ-5D Total = $U = 7218$, $z = -4,013$ $p = 0,001$; GAI Total = $U = 6704$, $z = -5,217$ $p = 0,001$; SWLS Total = $U = 6247$, $z = -5,039$ $p = 0,001$; LSNS Total = $U = 7887,5$, $z = -2,624$ $p = 0,009$; LSNS - Rede Família = $U = 8502,5$, $z = -2,128$ $p = 0,033$; LSNS - Rede Amigos = $U = 8578$, $z = -2,033$ $p = 0,042$; UCLA Total = $U = 7522$, $z = -3,206$ $p = 0,001$).

4. Discussão e Conclusão

Este estudo termina com a apresentação da discussão e conclusões que se consideraram relevantes. Embora já existam outros estudos dentro da mesma temática, esta investigação pretendeu, mais uma vez, dar visibilidade a um problema da atualidade que deverá ser alvo da maior atenção e intervenção por parte de toda a sociedade e do próprio município da Lousã, de modo a se definir, conjuntamente, um Plano Gerontológico que enfrente um dos maiores desafios do séc. XXI, que é o envelhecimento.

As limitações sentidas no decurso deste estudo são comuns à grande parte dos estudos de carácter científico com metodologias extensivas e que se relaciona com a administração do extenso questionário que deveria ser aplicado a uma grande amostra.

O presente estudo teve como objetivo central caracterizar a população sénior do concelho da Lousã, de modo a conhecer e diagnosticar as necessidades dos cidadãos com mais de 60 anos, a fim de se poder definir políticas públicas que correspondam às necessidades deste segmento da população lousanense. Deste modo e no que concerne à caracterização da nossa amostra podemos referir que é maioritariamente do sexo feminino, casada e possui uma média de 72 anos de idade. São predominantemente residentes na União de Freguesias de Lousã e Vilarinho e possuem como habilitações literárias o 4.º ano (1.º ano do ensino básico) e enquadram-se na tipologia das profissões de operários industriais, da agricultura e pesca, sendo a agricultura a atividade profissional que desempenharam ao longo da sua vida, a mais referenciada.

Das nove áreas que compõem este estudo podemos concluir que as que apresentam diferenças estatisticamente significativas quando as cruzamos com o “sexo” são as que dizem respeito aos recursos sociais, nomeadamente ao estado civil, à questão “Quem vive consigo em sua casa?”. Verificamos também que a percentagem de idosos a residir sozinho é significativa ($n = 86$; 28,7%), apesar de a maioria morar com o cônjuge ($n = 166$; 55,3%). Estes dados eram já expectáveis tendo em conta as características da população portuguesa

como revela o último censo. Neste estudo foram elaboradas algumas questões no sentido de conhecer as redes de apoio social pessoal (informal) no contexto lousanense. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao número de elementos do agregado familiar e à quantidade de pessoas que os inquiridos referiram conhecer o suficiente para ir a casa delas visitá-las. Estes dados corroboram os do estudo coordenado por Villaverde que refere que as “reconfigurações familiares ao longo do curso de vida estão fortemente sujeitas ao impacto das relações de género”. As trajetórias de homens e mulheres não são iguais e expressam-se também no facto de mulheres viverem mais só quando comparadas com os seus congéneres. Isto é, os homens, tendencialmente, vivem mais em casal e as mulheres mais sozinhas (Villaverde et al., 2013, p.29). Assim como “são os casados e, sobretudo, os viúvos que têm redes interpessoais mais pequenas”, tendo os dados do estudo coordenado por Villaverde revelado que a “ausência de conjugalidade alarga a rede interpessoal”. (Villaverde et al., 2013, p.97).

Ainda relativamente aos recursos sociais verificam-se diferenças entre sexos na questão “Sente-se sozinho?” e associação na questão “Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?”. Neste sentido o nosso estudo corrobora o estudo coordenado por Villaverde quando afirma que as relações de parentesco (cônjuge e filhos) “constituem as principais fontes de apoio social” (Villaverde *et al.*, 2013, p.144). Importa referir que apesar de se associar o sentir-se só com o viver sozinho esta associação não é linear, como se constata pelo estudo de Villaverde e colaboradores “a solidão não decorre automaticamente da vivência a sós, dependendo também das redes e ligações que se mantêm com os outros...” (Villaverde et al., 2013, p.89). Relativamente às pessoas que podem cuidar em caso de necessidade verificam-se associações quando cruzamos esta variável com o “sexo. As mulheres referem os filhos enquanto os homens o cônjuge. Se compararmos o resultado deste estudo ao coordenado por Villaverde, verifica-se “... que existem múltiplas trocas de ajuda e de laços de solidariedade, tanto a nível intergeracional (pais, filhos, netos) como a nível intrageracional (cônjuge, amigos e vizinhos) ...” (Villaverde *et al.*, 2013, p.145). Portanto constatou-se, que é à família que recorrem em primeiro lugar em caso de situações de necessidade.

Na área que diz respeito à situação económica e profissional apenas se verifica diferença significativa entre as variáveis sexo e actividade profissional que os inquiridos exercem ou exerciam. Estas diferenças eram contudo expectáveis tendo em conta que as mulheres eram essencialmente domésticas.

No presente estudo a maioria dos idosos refere ter problemas de saúde verificando-se diferenças significativas entre sexos nas variáveis respeitantes a doenças crónicas, constatando-se que a maioria dos inquiridos refere problemas de foro psíquico, nomeadamente depressão. Ainda assim, a maioria avalia a sua saúde como razoável. “Envelhecer bem, com qualidade de vida e de forma saudável, implica, naturalmente, a existência de boas condições de saúde (...)”. (Villaverde *et al.*, 2013, p.277). Constatou-se também associações, estatisticamente significativas, entre as respostas dadas pelos sexos e o meio de transporte utilizado pelos inquiridos para irem às consultas e na dificuldade em comprar os medicamentos prescritos. Ainda nesta área verificámos associações, estatisticamente significativas, quando cruzamos a questão “bebe álcool?” e se o faz regularmente ou esporadicamente. Estas diferenças relacionam-se com papéis de género que se reflectem hoje em diferenças - o poder económico advinha do trabalho remunerado e a condução era uma atividade associada ao masculino tal como a bebida.

De um modo geral, a população sénior do concelho da Lousã possui boas condições de habitabilidade, com moradia própria equipada com as infraestruturas necessárias. Verificam-se contudo associações estatisticamente significativas entre o tipo de alojamento e o sexo.

Relativamente às actividades da vida diária verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas pelos inquiridos quando avaliamos a relação entre as variáveis “Consegue utilizar o telefone?”, “Consegue utilizar a banheira ou o duche?”, “Consegue tomar os seus medicamentos?”, “Tem acidentes com a sua bexiga?”, “Consegue ir às compras?”, “Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos?”, “Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?”, e o sexo. Ressalta a literatura e as estatísticas que embora as mulheres vivam mais, eles experimentam maiores níveis de dependência (Pordata, 2013).

No que diz respeito à área dos equipamentos sociais apenas se verifica uma relação, estatisticamente significativa, nas respostas dadas pelos inquiridos na questão “Beneficia de apoio de alguma instituição?” e o “sexo”. Este resultado era esperado tendo em conta a maior vulnerabilidade física demonstrada pelas mulheres.

Na área do estudo que diz respeito à participação comunitária verifica-se uma relação, estatisticamente significativa, na questão “Faz parte de alguma associação ou grupo?” e o “sexo”. Socializações diferenciadas potenciam comportamentos diferenciados. Quando questionámos os homens e as mulheres sobre o tipo de atividades que realizam nos seus tempos livres apenas se verificam relações estatisticamente significativas na atividade

“Ginástica” e na atividade “Estar no café”. Como já referimos papéis calcorreados no feminino e masculino potenciam comportamentos e valores diferenciados.

Na área do estudo respeitante à Solidão/Isolamento/Segurança, verificam-se associações estatisticamente significativas entre as variáveis “sexo” e a questão “Considera que necessita da Teleassistência?” e a questão “Foi ou é vítima de violência/maus tratos?”. Tendo em conta que a estatísticas apontam para uma feminização da solidão os resultados que encontramos relativamente à teleassistência podem explicar indirectamente estes números. A questão da violência reproduz a violência em outras fases do ciclo de vida que são desfavoráveis ao sexo feminino. “Uma forma bastante comum de violência (especialmente contra mulheres) é o abuso do idoso, cometido por membros da família” e incluem abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e negligência/abandono (OPAS, 2005, p. 29).

Neste estudo foram aplicadas cinco escalas, EQ-5D, GAI, SWLS, LSNS e UCLA, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “Sexo” em todas as escalas utilizadas.

Foram verificadas diferenças entre os sexos relativamente às escalas aplicadas. São as mulheres que apresentam piores níveis de solidão, saúde, ansiedade, satisfação com a vida e menor apoio informal mensurado pela escala de Redes Sociais de Lubben Estes resultados são corroborados pela literatura como pode ser analisado pelos seguintes extractos retirados do estudo coordenado por Villaverde. Relativamente à solidão “a primeira observação indica que a solidão é um sentimento mais feminino do que masculino. Com efeito, cerca de um terço das mulheres dizem experienciá-lo algumas ou muitas vezes, enquanto apenas dois em cada dez homens assinalam uma frequência equivalente” (Villaverde *et al.*, 2013, p.36). No que diz respeito à saúde “os mais idosos e as mulheres, assim como os inquiridos menos escolarizados e com menor estatuto socioeconómico tendem a declarar pior estado de saúde” (Villaverde *et al.*, 2013, p.251). “Quanto à satisfação com a vida, em média, os inquiridos sentem-se felizes. (...) Tal como na avaliação do estado de saúde, o sentimento genérico de felicidade tende também a diminuir, significativamente, com o avançar da idade e é menor entre as mulheres e entre quem tem estatuto socioeconómico mais baixo.” (Villaverde *et al.*, 2013, p.278). “Em termos gerais, o perfil dos inquiridos sem redes interpessoais caracteriza-se pelo sexo feminino, pela idade mais avançada, pela baixa escolaridade, pela viuvez e o viver sozinho, pela condição de reformado, pela inactividade profissional com mais de 75 anos, pelos rendimentos familiares mais baixos, pelo autoposicionamento na classe média e, ainda, pelos lugares de residência mais pequenos.” (Villaverde *et al.*, 2013, p.92).

Este estudo deu-nos conta de uma realidade que é bastante complexa, nomeadamente em relação ao impacte que as experiências do dia-a-dia têm nas avaliações globais de satisfação com a vida e de solidão. Assim, em coerência com os dados apresentados considera-se que as políticas sociais locais de intervenção com este segmento da população têm de ser incisiva, estimulando tanto o apoio nível informal (cuidadores – família/voluntariado) como a rede formal que é do nosso ponto de vista insuficiente ao não conseguir abranger todos os idosos que dela necessitam. A OPAS refere mesmo que “é o momento de termos um novo paradigma, que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento” (2005, p.44), dando importância às relações de apoio entre familiares e diferentes gerações. Neste sentido, propomos que no Concelho da Lousã sejam implementadas boas práticas de redução de “risco de solidão e do isolamento social por meio de apoio a grupos comunitários dirigidos por pessoas mais velhas; que sejam criados grupos de auto-ajuda e cooperação” (OPAS, 2005, p.47). No caso presente propomos que estas boas práticas sejam implementadas através dos recursos existentes no Banco de Voluntariado do município em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social. Desta forma poder-se-iam identificar as pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência. Propomos igualmente que se estimule a participação em programas comunitários, as visitas comunitárias, os programas de apoio por telefone, nomeadamente a teleassistência.

Considera-se, ainda, que este documento poderá servir de base de orientação a futuras investigações científicas, mais específicas, dentro desta temática no concelho da Lousã.

5. Referências Bibliográficas

- Alves Seça, M.I. (2011). *Relação entre a satisfação com a vida e sintomas ansiosos em idosos*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Ramo - Psicoterapia e Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Aranha, V. (2007). *Aspectos psicológicos do envelhecimento*. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia (p. 255-265.). São Paulo
- Braga de Oliveira Costa, A. (2013). *Validação das escalas PANAS e SWLS numa amostra de idosos portugueses institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga - Escola de Altos Estudos, Coimbra.
- Byrne, G.J. A. & Pachana, N:A. (2011). *Desenvolvimento e validação de um formulário curto do inventário de ansiedade geriátrica – o GAI – SF*. Internacional psicogeriatría, 1-23, 125-131.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Sousa Fialho, J.A., Sacadura, M.J. (2012). *Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade..* Lisboa : FCHCP.
- Carrilho, M.J., Patrício, L. (2010). *A situação demográfica recente em Portugal*. Revista Estudos Demográficos, nº 48 (Artigo 5 – INE), 101-145.
- Côca, N. (2012). *Redes sociais pessoais e qualidade de vida em idosos sem filhos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Correia, F. (2012). *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Costa, E.C., Nakatani, A.Y.K., Bachion, M.M. (2006). *Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária*, 19 (1), 43-35.

- Daniel, F. (2006). *O Conceito de Velhice em Transformação*. Revista Interações, 10, 113–122.
- Daniel, F., Simões, T. & Monteiro R. (2012). *Representações sociais do "envelhecer no masculino" e do "envelhecer no feminino"*. Revista Ex Aequo, 26, 13-26.
- Espírito Santo, H. (n.d.) *Bem-estar subjetivo. Validação das escalas PANAS e SWLS numa amostra de idosos portugueses institucionalizados*. Acedido em 3, junho, 2014, em: https://www.academia.edu/5141483/Bem-estar_subjetivo_Validacao_das_escalas_PANAS_e_SWLS_numa_amostra_de_idosos_portugueses_institucionalizados.
- Espirito Santo, H., Cunha, M., Guadalupe, S., Simões, S. (2014). *Regras de escrita de dissertações de mestrado, segundo as normas da APA*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, Conselho Científico, Escola Superior de Altos Estudos – Departamento de Investigação e Desenvolvimento.
- Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union*. Luxemburg: Eurostat Statistical Books.
- Fernandes, A.A. (2001). *Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. Sociologia, Problemas e Práticas, 36, 39-52.
- Freitas, P. C. B. (2011), *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social*. (II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada). Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Guerra, A.C.L.C. & Caldas, C.P. (2010). *Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso*. Ciências da Saúde Coletiva, 15 (6), pp. 2931-2940.
- Godinho Gomes da Silva Correia, C.M. (2009). *O Apoio Social e a Qualidade de Vida dos Idosos do Concelho de Faro*. (Tese de Mestrado em Psicologia na especialização em Psicologia da Saúde). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve – Departamento de Psicologia, Faro.

- Gomes Cancela, D. M. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. (Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia). Universidade Lusíada do Porto -Portal dos Psicólogos, Lisboa.
- Gontijo, S. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde*, Brasília: Organização Pan América da Saúde.
- Guerra, P. (2010). *Culturas Urbanas e Modos de Vida Juvenis: Cenários, sonoridades e estéticas na contemporaneidade portuguesa (2005-2009)*. Acedido em 17, Setembro, 2014 em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56304/.../Anexo4000129556.pdf>.
- Instituto Nacional Estatística.(2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos – Portugal (população residente por local de residência, sexo, grupo etário e grupo socioeconómico (população idosa do concelho da Lousã)*. Acedido em 2, Maio, 2014 em <http://WWW.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Artigo 1º - Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal com base nos Censos 2011*. Revista de Estudos Demográficos, 5-37.
- Jornal Oficial da União Europeia. (2012). *Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*.
- Lima Costa, M. F., & Veras, R. (2003). *Saúde pública e envelhecimento*. Cadernos de Saúde Pública, 19(3), 700–701.
- Lopes Ferreira, P., Noronha Ferreira, L., Nobre Pereira, L. (2013). *Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D*. Revista científica da Ordem dos Médicos – Acta Médica Portuguesa, Lisboa, 664–676.
- Martins Silva, J. (2014). *Perfil de redes sociais pessoais de idosos com e sem apoio de respostas sociais, um contributo para o desenvolvimento de tipologias no Diagnóstico Social*. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social). Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

- Melo Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice - Um estudo na população portuguesa*. (Tese Doutoramento em Ciências da Saúde). Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Neto, F. (1989), *Avaliação da Solidão*. Psicologia Clínica, 2, 65-79.
- Pais Oliveira, A. (2013), *Redes Sociais Pessoais dos Idosos numa perspectiva de género*. (Relatório de Mestrado em Serviço Social). Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Pedroso de Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s) – Estado da Arte*. Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira Ferreira, M.J. (2011) *A Qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento: relações com o bem-estar e solidão*. (Tese de Doutoramento em Psicologia, especialização em Psicologia Social). Escola de Psicologia da Universidade do Minho - Fundação para a Ciência e Tecnologia, Minho.
- Perista, H., Perista, P. (2012). *Género e envelhecimento: planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2000). *Validação Psicométrica da Escala UCLA .Loneliness para Idosos Portugueses*, 65–77.
- Pocinho, M., Figueiredo, J.P. *SPSS: Uma ferramenta para análise de dados*. (Material de apoio à cadeira Estatística II da Licenciatura de Gestão). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Resende de Oliveira, C., Santos Rosa, M., Mota Pinto, A., Silveira Botelho, M.A., Morais, A., Teixeira Veríssimo, M. (2008). *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*. Coimbra: GERPI, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- PORDATA, (2012). *Base de dados Portugal Contemporâneo*. Acedido em 20, fevereiro, 2014 em <http://WWW.pordata.pt>.
- Público Online. (2014). *Censos Sénior: Número de Idosos a Viverem Sozinhos ou Isolados Aumenta pelo Terceiro Ano Consecutivo*. Acedido em 12, Março, 2014 em:

<http://WWW.publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-idosos-a-viverem-sozinhos-ou-isolados-aumenta-pelo-terceiro-ano-consecutivo-1627847>

Ribeiro, O., Teixeira, L., & Barbosa, S. (n.d.). *Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben* .(LSNS-6), 15(1), 217–234.

Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.

Vaz, E. , Vaz da Silva , M.E . (2006). *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. (Tese de Doutoramento em Sociologia). Universidade Aberta, Lisboa.

Villaverde Cabral, M., Moura Ferreira, P., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal – Usos do Tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Apêndice 1

1.1 – Caracterização da amostra

	Feminino <i>n (%)</i>	Masculino <i>n (%)</i>	Total <i>n (%)</i>	Estatísticas
Idade				
<= 74	115(57,5%)	51 (51%)	166(55,3%)	M = 72,00
75 - 85	62 (31%)	40 (40%)	102 (34%)	DP =8,51
86+	23 (11,5%)	9 (9%)	32 (10,7%)	Min = 60 Máx =100
Freguesia				
Lousã/Vilarinho	116 (58%)	41 (41%)	157 (52,3%)	Mo = Lousã
Serpins	31 (15,5%)	23 (23%)	54 (18,0%)	
Gândaras	31 (15,2%)	15 (15%)	46 (15,3%)	
Casal de Ermio/Foz de Arouce	22 (11%)	21 (21%)	43 (14,3%)	
Habilitações Literárias				
Não sabe ler nem escrever	20 (10%)	5 (5%)	25 (8,3%)	Mo = 4. ^a Classe
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	20 (10%)	3 (3%)	23 (7,7%)	
4.^a Classe (1.º ciclo do ensino básico)	140 (70%)	75 (75%)	215 (71,7%)	
	2 (1%)	5 (5%)		
Ensino Preparatório (2.º ciclo do ensino básico)	12 (6%)	5 (5%)	7 (2,3%)	
	1 (0,5%)	5 (5%)		
9.º ano (3º ciclo do ensino básico)	2 (1%)	2 (2%)	17 (5,7%)	
12.º ano (ensino secundário)	3 (1,5%)	0 (0%)	6 (2,0%)	
Curso médio			4 (1,3%)	
Curso superior			3 (1,0%)	

Legenda: *n* = Amostra; *M* = Média; *Mo* = Moda; *DP* = Desvio Padrão; *Min* = Mínimo; *Máx* = Máximo; % = Percentagem

Apêndice 2

2. - Questionário Aplicado



Questionário

CARATERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DOS SENIORES DO CONCELHO DA LOUSÃ

O Município da Lousã está a realizar um estudo de caracterização dos seniores do seu Concelho. O objetivo do estudo é conhecer e diagnosticar as necessidades dos cidadãos com mais de 60 anos. O conhecimento que pretendemos obter é extremamente importante para ajudar a definir políticas públicas que correspondam às necessidades da população. A sua participação é muito importante, mas é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade. O estudo só terá validade se um número elevado de pessoas aceitar responder. Por isso, a sua colaboração é tão importante. Não há respostas certas ou erradas. Desde já agradecemos o tempo que nos irá disponibilizar. Antes de começar agradecemos que assine a seguinte declaração de consentimento informado.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, _____, venho por este meio **Autorizar/Não Autorizar** (riscar o que não interessa) a Recolha de Dados. Fui informado/a de que os dados recolhidos tem como objetivo a ***Caracterizar e diagnosticar os seniores do município da Lousã*** e que as informações que prestarei serão confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística, de acordo com as Leis de Proteção de Dados de Portugal (Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro).

Lousã, ____/____/____

Assinatura: _____

Na impossibilidade do próprio proceder à assinatura, a mesma será efetuada, após consentimento verbal, pelo técnico responsável pela aplicação do questionário.

Lousã, ____/____/____

Assinatura: _____

N.º do questionário: _____

Número do Cartão Municipal Sénior: _____

1. Nome: _____ **2. Idade:** _____

3. Sexo: (1) Masculino ☐ (0) Feminino ☐

4. Nome do cônjuge: _____

5 Morada: _____

6. Freguesia: _____ **Código Postal:** _____

7. Contato telefónico: _____

8. O telefone/telemóvel é do próprio? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

9. Se respondeu Não, é de quem? _____

10. Faz os contactos telefónicos sozinha/o? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

11. Naturalidade: _____ **12. Nacionalidade:** _____

Formação

1. Quais as habilitações escolares que possui?

- ☐ (1) Não sabe ler nem escrever
- ☐ (2) Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
- ☐ (3) 4.ª classe (1.º ciclo do ensino básico)
- ☐ (4) Ensino preparatório (2.º ciclo do ensino básico)
- ☐ (5) 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)
- ☐ (6) 12.º ano (ensino secundário)
- ☐ (7) Curso médio
- ☐ (8) Curso superior

Anos de escolaridade _____

2. Completou o nível de ensino? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

Recursos Sociais

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos

1. Qual é o seu estado civil:

- ☐ (1) Solteiro/a
- ☐ (2) Casado/a ou em união de facto
- ☐ (3) Viúvo/a
- ☐ (4) Divorciado ou separado/a

2. Quem vive consigo em sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- ☐ (1) Vive sozinho(a)
- ☐ (2) Cônjuge
- ☐ (3) Filhos/as
- ☐ (4) Netos/as
- ☐ (5) Pais ou sogros
- ☐ (6) Irmãos ou cunhados
- ☐ (7) Outros familiares
- ☐ (8) Amigos
- ☐ (9) Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)
- ☐ (10) Outros. Especificar _____

3. Número de elementos do agregado familiar?

N.º _____

4. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

N.º _____

5. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)

N.º _____

6. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?

N.º _____

7. Tem alguém em quem possa confiar?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

8. Sente-se sozinho/a?

- ☐ (1) Muitas vezes / sempre
- ☐ (2) Algumas vezes
- ☐ (3) Quase nunca / nunca

9. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

10. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

11. Há alguém que possa cuidar de si?

- ☐ (1) Sempre que necessário (tanto tempo quanto necessário)
- ☐ (2) Por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)
- ☐ (3) Às vezes (levar ao médico, preparar uma refeição, etc..)

12. Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)

- ☐ Cônjuge
- ☐ Irmão
- ☐ Filhos
- ☐ Netos
- ☐ Outro parente
- ☐ Amigo
- ☐ Outros especificar _____

Situação Económica e Profissional

1. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

(assinalar as várias respostas dadas e as quantias)

- ☐ (1) Do emprego ou negócio _____ €
- ☐ (2) Rendimentos de capital e/ou rendas de património _____ €
- ☐ (3) Pensão de invalidez _____ €
- ☐ (4) Pensão de sobrevivência _____ €
- ☐ (5) Pensão de velhice _____ €
- ☐ (6) Pensão unificada _____ €
- ☐ (7) Complemento de pensão por cônjuge a cargo _____ €
- ☐ (8) Subsídio de acompanhante _____ €
- ☐ (9) Subsídio por assistência a terceira pessoa _____ €
- ☐ (10) Pensão social _____ €
- ☐ (11) Complemento solidário a Idosos _____ €
- ☐ (12) Outras pensões provenientes de fundos profissionais _____ €
- ☐ (13) Pensão de alimentos (em caso de separação ou divórcio) _____ €
- ☐ (14) Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) _____ €
- ☐ (15) Outros especificar _____ €

2. Quais são as suas despesas mensais?

- ☐ (1) Habitação _____ €
- ☐ (2) Empréstimos _____ €
- ☐ (3) Água _____ €
- ☐ (4) Luz _____ €
- ☐ (5) Gás _____ €
- ☐ (6) Transportes _____ €
- ☐ (7) Saúde _____ €
- ☐ (8) Educação _____ €
- ☐ (9) Outros especificar _____ €

3. Rendimento Per Capita

$$R = \frac{\text{Rendimentos} - \text{Despesa}}{\text{Nº elementos agregado}}$$

R= _____

Capitação = _____

Escalão a atribuir:

A-Rendimento *Per Capita* até 189.00€

B-Rendimento *Per Capita* de 189.00€ a 300.00€

C-Rendimento *Per Capita* de 301.00€ a 500.00€

D-Rendimento *Per Capita* superior a 500.00€

4. Qual a atividade profissional que exerce/exercia?

5. Quem gere a sua reforma e/ou o seu rendimento?

- ☐ (1) Próprio
- ☐ (2) Cônjuge
- ☐ (3) Filhos
- ☐ (4) Outros familiares
- ☐ (5) Instituições
- ☐ (6) Pessoa da comunidade
- ☐ (7) Outros especificar _____

6. Tem apoio económico dos seus familiares?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

7. Dá apoio económico aos seus familiares?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

8. Tem conhecimento das ofertas que pode usufruir com o Cartão Municipal Sénior no comércio local?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

9. Se respondeu NÃO, porquê?

10. Neste âmbito, já usufruiu dos descontos efetuados pelas lojas aderentes a esta iniciativa? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

Situação Habitacional

1. Tipo de alojamento em que vive:

- ☐ (1) Alojamento privado
☐ (2) Alojamento institucional
☐ (3) Outro *especificar* _____

No caso de viver em **alojamento privado**, responda às questões:

2. Tipo de alojamento

- ☐ (1) Rural /Unifamiliar
☐ (2) Apartamento
☐ (3) Moradia
☐ (4) Quarto
☐ (5) Outro *especificar* _____

Quais são as infraestruturas que o alojamento onde vive possui?

3. Eletricidade

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

4. Água

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

5. Casa de Banho

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

6. Esgotos

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

7. Aquecimento adequado

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

8. As dimensões da sua casa são suficientes para o agregado familiar?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

9. A habitação onde reside tem barreiras arquitetónicas?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

10. Caso responda **SIM** à pergunta anterior, identifique quais as barreiras arquitetónicas:

- ☐ (1) Escadas
☐ (2) Portas
☐ (3) Casa de banho
☐ (4) Espaço reduzido
☐ (5) Outras *especificar* _____

11. Estas barreiras arquitetónicas dificultam-lhe a saída de casa?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

Qual é o estado de conservação da habitação:

12. Interior:

- ☐ (1) Mau
☐ (2) Razoável
☐ (3) Bom

13. Exteriores:

- ☐ (1) Mau
☐ (2) Razoável
☐ (3) Bom

14. Se respondeu **MAU**, por que razão não realiza obras de beneficiação?

- ☐ (1) Não é habitação própria
☐ (2) Dificuldades Económicas
☐ (3) Elevados custos da obra
☐ (4) Dificuldade em resolver sozinho/a
☐ (5) Problemas de saúde
☐ (6) Dificuldade em contactar profissionais
☐ (7) Outras *especificar* _____

Saúde

1. Sofre de algum problema de saúde?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

2. É portador de alguma doença crónica (Ex. diabetes, hipertensão, bronquite, insuficiência renal, úlceras nas pernas, etc.)? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

Qual/Quais? _____

3. É portador de alguma limitação ou incapacidade? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

4. Caso responda **SIM**, indique a limitação e a frequência com que a sente no seu dia-a-dia e a que nível?

- 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes e
4 – Frequentemente

Psíquica (depressão)

Mental

Visual

Auditiva

Linguagem/Comunicação

Motora/Locomoção

Multideficiência

Outra

1	2	3	4

5. Frequenta regularmente as consultas do seu médico de família?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

6. Se respondeu SIM, quais as razões:

☐ (1) **Situações de emergência**

☐ (2) **Consultas programadas**

☐ (3) **Enfermagem**

☐ (4) **Receitas/Exames**

☐ (5) **Outras**

7. Recorre a consultas de especialidade ou seja, Consultas Hospitalares, consultórios particulares?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

Qual/Quais? _____

Se respondeu **SIM**, que meio de transporte utiliza para se deslocar a essas consultas:

☐ (1) Viatura própria

☐ (2) Transportes Públicos

☐ (3) Ambulância

☐ (4) Viatura de familiares

☐ (5) Outro

9. Toma medicação todos os dias?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

10. Tem dificuldade em comprar os medicamentos que lhe são prescritos?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

11. Se respondeu SIM, como faz?

(1) Pede ajuda a familiares/ vizinhos

(2) Não compra

(3) Compra mas tem de abdicar de outros bens

(4) Outra situação, qual? _____

12. Fuma? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

13. Se respondeu SIM:

☐ (1) Regularmente

☐ (2) Esporadicamente

14. Se respondeu Regularmente, quantos cigarros fuma por dia?

1 a 5 cigarros

6 a 10 cigarros

+ de 10 cigarros

Com filtro	Sem filtro

15. Bebe álcool? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

16. Se respondeu SIM:

(1) Regularmente ☐

(2) Esporadicamente ☐

17. Se respondeu Regularmente, qual a quantidade diária?

1 a 2 copos

½ Litro

1 Litro

+1 Litro

Vinho	Cerveja	Bebidas Brancas	Outras

18. Como avalia a sua saúde? Diria que está...

☐ (1) Muito boa

☐ (2) Boa

☐ (3) Razoável

☐ (4) Má

☐ (5) Muito Má

Atividades da Vida Diária

1. Consegue utilizar o telefone?

- ☐ (1) Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números
- ☐ (2) Com alguma ajuda
- ☐ (3) Ou não consegue usar o telefone?

2. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc)?

- ☐ (1) Sem ajuda
- ☐ (2) Ou precisa de ajuda para manter a aparência pessoal?

3. Consegue vestir-se?

- ☐ (1) Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc)
- ☐ (2) Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda)
- ☐ (3) Ou não consegue vestir-se?

4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

- ☐ (1) Sem ajuda
- ☐ (2) Ou precisa de alguma ajuda?

5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

- ☐ (1) Sem ajuda (limpar o chão, etc)
- ☐ (2) Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas)
- ☐ (3) Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica?

6. Consegue preparar as suas refeições?

- ☐ (1) Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas)
- ☐ (2) Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas)
- ☐ (3) Ou não consegue preparar refeições?

7. Consegue alimentar-se?

- ☐ (1) Sem ajuda
- ☐ (2) Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc)

8. Consegue tomar os seus medicamentos?

- ☐ (1) Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas)

- ☐ (2) Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar)
- ☐ (3) Ou não consegue tomar os seus medicamentos?

9. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

- ☐ (1) Não tem acidentes
- ☐ (2) Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia)
- ☐ (3) Ou tem acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália?

10. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

- ☐ (1) Não tem acidentes
- ☐ (2) Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana)
- ☐ (3) Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister?

11. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

- ☐ (1) Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair)
- ☐ (2) Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se)
- ☐ (3) Ou não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária?

12. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

- ☐ (1) Sem ajuda
- ☐ (2) Com alguma ajuda
- ☐ (3) Ou não consegue deslocar-se?

13. Consegue deslocar-se dentro de casa?

- ☐ (1) Sem ajuda
- ☐ (2) Numa cadeira de rodas sem ajuda
- ☐ (3) Com alguma ajuda
- ☐ (4) Ou está acamado?

14. Consegue subir e descer escadas?

- ☐ (1) Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha)
- ☐ (2) Com alguma ajuda
- ☐ (3) Ou não consegue subir e descer escadas?

15. Consegue andar no exterior?

- ☐ (1) Sem ajuda
☐ (2) Com alguma ajuda
☐ (3) Ou não consegue andar no exterior?

16. Consegue ir às compras?

- ☐ (1) Sem ajuda (trata de todas as suas compras)
☐ (2) Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras)
☐ (3) Ou não consegue ir às compras?

17. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

- ☐ (1) Não tem dificuldade
☐ (2) Com alguma ajuda
☐ (3) Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos?

18. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

Equipamentos Sociais

1. Beneficia de apoio de alguma instituição?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

2. Se respondeu SIM, de qual?

- ☐ (1) Estrutura residencial para idosos (Quartos ou Apartamentos/Moradias)
☐ (2) Centro de Dia
☐ (3) Serviço de Apoio Domiciliário
☐ (4) Centro de Convívio
☐ (5) Outro *especificar* _____

3. Que tipo de resposta lhe é prestado?

- ☐ (1) Fornecimento refeições
☐ (2) Tratamento roupas
☐ (3) Administração de medicamentos
☐ (4) Apoio psicológico e emocional
☐ (5) Higiene pessoal

- ☐ (6) Higiene habitacional

- ☐ (7) Tratamentos de enfermagem e médicos

- ☐ (8) Outro *especificar* _____

4. Na sua opinião o que beneficia é suficiente face às suas necessidades?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

5. Caso tenha respondido NÃO, identifique o apoio que necessita:

- ☐ (1) Apoio à noite
☐ (2) Apoio aos fins-de-semana
☐ (3) Apoio aos feriados
☐ (4) Apoio permanente
☐ (5) Outro *especificar* _____

Participação Comunitária

1. Faz parte de alguma associação ou grupo? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

2. Se respondeu SIM, de que tipo?

- ☐ (1) Cultural e Recreativo
☐ (2) Desportivo
☐ (3) Social
☐ (4) Sindicato
☐ (5) Partido ou organização política
☐ (6) Voluntariado
☐ (7) Outras. Qual: _____

3. Participa ou participou em alguma atividade do Plano Municipal Sénior?

- (1) Sim ☐ (0) Não ☐

4. Como ocupa os seus tempos livres?

- ☐ (1) Pintura
☐ (2) Bordados, trabalhos manuais
☐ (3) Música
☐ (4) Inglês
☐ (5) *Ateliers* de Memória
☐ (6) Informática
☐ (7) Ginástica

- ☐ (8) Natação ou hidroginástica
- ☐ (9) Postura corporal
- ☐ (10) Dança e yoga
- ☐ (11) Caminhadas
- ☐ (12) Rancho sénior
- ☐ (13) Teatro e contos de estórias
- ☐ (14) Passeios
- ☐ (15) Ouvir rádio/música
- ☐ (16) Leitura de livros, revistas, jornais
- ☐ (17) Ver TV
- ☐ (18) Estar com os netos
- ☐ (19) Estar no café

- ☐ (20) Não faz nada
- ☐ (21) Outros

5. Que tipo de actividades gostava de fazer, que ainda não teve oportunidade?

Solidão / Isolamento / Segurança

1. Em caso de emergência a quem recorre?

- ☐ (1) Família
- ☐ (2) Vizinhos
- ☐ (3) Amigos
- ☐ (4) Instituição
- ☐ (5) Bombeiros
- ☐ (6) Serviços de saúde (INEM)
- ☐ (7) Outro

2. Considera que necessita da

Teleassistência? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

3. Foi ou é vítima de violência (física, verbal, outra) / maus tratos?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

4. Se respondeu SIM, apresentou queixa à GNR ou noutro serviço? (1) Sim ☐ (0) Não ☐

5. Se respondeu SIM, a situação alterou-se?

(1) Sim ☐ (0) Não ☐

ESCALAS

AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim X), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► **Mobilidade**

Não tenho problemas em andar ☐₁

Tenho alguns problemas em andar ☐₂

Tenho de estar na cama ☐₃

► **Cuidados pessoais**

Não tenho problemas em cuidar de mim ☐₁

Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ☐₂

Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐₃

► **Atividades habituais** (por exemplo, trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐₁

Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐₂

Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ☐₃

► **Dor/mal-estar**

Não tenho dores ou mal-estar ☐₁

Tenho dores ou mal-estar moderados ☐₂

Tenho dores ou mal-estar extremos ☐₃

► **Ansiedade/depressão**

Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐₁

Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₂

Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₃

© 1997 EuroQol Group

Versão Portuguesa, 1997, 2013.EQ-5D v2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Inventário de Ansiedade Geriátrica (versão reduzida) (Byrne & Pachana, 2011)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana:

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Fico muito incomodado(a) com coisas pequenas		
3. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
4. Sinto-me muitas vezes nervoso(a)		
5. Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me nervoso(a)		

SWLS - (Tradução e Adaptação: Neto, Barros, & Barros, 1990)

Instruções: Mais abaixo, encontrará cinco afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 7, indique o seu grau de acordo com cada item, circundando o número que melhor traduza a sua opinião.

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al., 2012)

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos familiares contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos amigos contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA – (versão 3)

(Russell, 1996)

Instruções: As seguintes afirmações descrevem como, por vezes, as pessoas se sentem. Para cada afirmação indique, por favor, com que frequência se sente da forma descrita, escrevendo um número no espaço previsto. Por exemplo: Com que frequência se sente feliz?

Se nunca se sentiu feliz, deve responder “nunca”, caso se sinta muitas vezes feliz deve responder “muitas vezes”.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

Afirmações	
1. Com que frequência sente que está em “sintonia” com as pessoas que estão à sua volta?	
2. Com que frequência sente falta de companheirismo?	
3. Com que frequência sente que não tem ninguém com quem possa contar?	
4. Com que frequência se sente só?	
5. Com que frequência sente que faz parte de grupo de amigos?	
6. Com que frequência sente que tem muito em comum com as pessoas que o rodeiam?	
7. Com que frequência sente que não é próximo de ninguém?	
8. Com que frequência sente que os seus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que o rodeiam?	
9. Com que frequência sente que é expansivo/a e aberto/a?	
10. Com que frequência se sente próximo dos outros?	
11. Com que frequência se sente posto de parte?	
12. Com que frequência sente que os seus relacionamentos com os outros não são realmente importantes?	
13. Com que frequência sente que ninguém o conhece verdadeiramente?	
14. Com que frequência se sente isolado dos outros?	
15. Com que frequência sente que encontra companhia quando quer?	
16. Com que frequência sente que há pessoas que realmente o compreendem?	
17. Com que frequência se sente tímido?	
18. Com que frequência sente que existem pessoas à sua volta mas que estas não estão consigo?	
19. Com que frequência sente que existem pessoas com quem pode falar?	
20. Com que frequência sente que existem pessoas a quem pode recorrer?	